Publication officielle de l'Association canadienne de santé publique

sélection santé

ACSP
Été 2005
Volume XXIX
Numéro 2

dans ce numéro

Le mot de la direction 2
La décision de la Cour suprême et le régime d'assurance-maladie 3
Passer à l'action pour lutter contre le VIH/sida 5
À venir 5
Partenaires autour du monde 6

96e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique

Planifier l'avenir de la santé publique :

LES GENS, LES LIEUX ET LES POLITIQUES

Organisée avec la collaboration de l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé (ISPC-ICIS), de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP-IRSC), et de l'Agence de santé publique du Canada, la conférence aura lieu conjointement avec la Deuxième Conférence des utilisateurs des données statistiques de la santé de Statistique Canada (2005).

Du 18 au 21 septembre 2005
Ottawa (Ontario)

Pour renseignements :
Service des conférences de l'ACSP
Tél. : (613) 725-3769, poste 126
www.cpha.ca

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

Le nouveau modèle de gouvernance de l'ACSP est approuvé

Sheilah Sommer, Présidente de l'ACSP

En juin 2004, dans le cadre du plan stratégique de l'ACSP visant à rafraîchir et à renouveler l'Association dans le contexte d'un environnement sanitaire dynamique, le conseil d'administration (CA) a convenu de procéder à un examen de la gouvernance. En novembre 2004, nous avons créé le Groupe de travail du conseil sur la gouvernance (GTCG)[1], auquel nous avons confié le mandat de recommander au CA un projet de structure de gouvernance pour l'ACSP. L'examen mené par le GTCG devait clarifier la raison d'être et le rôle du CA, accroître sa participation à la stratégie et aux politiques et améliorer son efficience et son efficacité de base. Au cours des 12 mois qui ont suivi, un processus global a mis à contribution les membres de l'Association et du CA[2]; ce processus a culminé par un atelier d'une journée à l'intention des membres du CA le 10 juin 2005.

J'ai le plaisir d'annoncer que le 11 juin 2005, le CA a approuvé à l'unanimité un nouveau modèle de gouvernance pour l'Association, et qu'il a été signifié que le règlement sera remanié pour tenir compte de ces modifications.

Le nouveau modèle de gouvernance de l'ACSP aura les effets suivants :

- Les membres du CA seront sélectionnés en fonction de leurs compétences. L'accent sera mis à la fois sur les besoins stratégiques de l'Association et sur les compétences nécessaires pour la diriger efficacement, tout en tenant compte de l'importance de la représentation géographique et d'autres facteurs comme le sexe, l'appartenance ethnique et l'âge;
- Le CA sera moins nombreux (12 membres ou moins) et se composera exclusivement de membres votants[3];
- De nouvelles descriptions de tâches plus claires seront créées pour le CA, les membres du CA, les bénévoles et les titulaires des postes de président et de chef de direction;
- Le Bureau de l'ACSP sera supprimé pour simplifier et clarifier la structure des comités :
  - Il faudra créer un Comité de mise en candidature, un Comité de gouvernance du conseil, un Comité des services aux entreprises et un Comité des relations extérieures;
- Les capacités des membres du CA seront rehaussées par les moyens suivants :
  - Les réunions du CA seront plus fréquentes,
  - La durée des fonctions sera réduite pour favoriser la participation,
  - Chaque membre du CA sera tenu de siéger à un comité ou à un groupe de travail chaque année,
  - Il y aura un processus ciblé et adapté pour assurer la formation permanente des membres du CA;
- De solides processus d'élaboration des stratégies et des politiques offriront la possibilité de recruter des experts indépendants. Un nouveau conseil consultatif (CC) aidera le CA à élaborer des stratégies axées sur diverses questions de santé publique[4]. Les fonctions du CC seront développées en consultation avec les membres des associations provinciales et territoriales pour la santé publique (ADPT)

...suite à page 3

Sélection Santé ACSP
Association canadienne de santé publique

Volume XXIX, Numéro 2
été 2005

Sélection Santé ACSP est une publication officielle de l'Association canadienne de santé publique qui paraît quatre fois par an. Elle est envoyée gratuitement aux membres en règle de l'Association.

ISSN 1187-788X

Imprimé sur papier recyclé

Siège social :
1565, avenue Carling, pièce 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1 Canada
613-725-3769 Téléc. : 613-725-9826
Courriel : info@cpha.ca

Directrice de rédaction :
Elinor Wilson

Production :
Ian Culbert

Rédactrice adjointe :
Karen Craven

Directrice de la diffusion :
Joan Barbier

Traduction :
Traductions Houle inc.

Énoncé de mission

L'Association canadienne de santé publique est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif, représentant la santé publique au Canada et ayant établi des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires pour réaliser la santé pour tous les Canadiens.

En tant que ressource nationale spécialisée au Canada, l'ACSP a pour mission de promouvoir l'amélioration et la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément aux principes de santé publique en matière de prévention de la maladie, de promotion et de protection de la santé et de politique publique favorisant la santé.

Le mot de la **direction**

Un seul monde?

L'Assemblée mondiale de la Santé a récemment mis fin à deux semaines de délibérations lors de sa conférence annuelle, adoptant de fermes résolutions sur la santé publique de la population du monde.

La population du monde? Sachant que l'Organisation mondiale de la Santé, qui est l'organisme opérationnel de l'Assemblée mondiale de la Santé, ne compte que 192 pays membres, comment pouvons-nous affirmer que l'AMS a adopté des résolutions touchant toute la population du globe? À titre de représentante non gouvernementale pour le Canada, j'ai eu l'occasion de participer à ces discussions.

Ce que j'ai pu observer est que l'AMS reconnaît que le monde est indivisible et n'est pas séparé par des secteurs de compétence, des frontières, des montagnes, des océans, la religion, la race, le revenu, le produit national brut ni aucune autre catégorie que nous établissons pour nous distinguer les uns des autres. En organisant des réunions pour tenir des débats et décider de politiques publiques sur des questions de santé publique, l'AMS reconnaît la nécessité d'équilibrer les besoins individuels face aux responsabilités sociétales.

L'AMS reconnaît qu'un simple cas de variole n'importe où dans le monde constitue un désastre global et que les maladies infectieuses évitables ne touchent pas qu'un seul pays mais offrent la possibilité de les toucher tous – le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) représente un exemple parfait. L'AMS reconnaît toutefois que des maladies infectieuses qui font moins la manchette ont tout autant d'importance.

En fait, l'Organisation mondiale de la Santé estime que la rougeole a fait 610 000 victimes dans le monde en 2002. (La rougeole est une maladie que l'on peut prévenir à l'aide d'un vaccin, mais qui peut se révéler débilitante, voire mortelle, plus particulièrement chez les enfants qui souffrent de malnutrition dans les pays en voie de développement.) L'Organisation mondiale de la Santé estime que 2,1 millions de personnes ont été victimes de maladies évitables par la vaccination en 2002 – et que de ce nombre, 1,4 million étaient des enfants de moins de cinq ans. Seuls sept cas de rougeole ont été signalés au Canada en 2004.

Pouvons-nous, au Canada, nous permettre d'afficher un air de suffisance? La rubéole, par exemple, est une autre maladie dont les conséquences sont importantes chez les femmes enceintes et que l'on peut prévenir par la vaccination. Les États-Unis, qui comptent dix fois plus d'habitants que le Canada, se déclarent pays libre de rubéole, tandis que le Canada a récemment connu une flambée d'environ 250 cas dans le sud-ouest de l'Ontario. Cette épidémie s'est manifestée chez un groupe de personnes non immunisées pour la plupart.

La santé publique se donne le mandat d'assurer un équilibre constant entre les droits personnels et la responsabilité collective. En vertu de quel principe de santé les propriétaires ont-ils le « droit » de répandre des pesticides sur leurs terrains? Des particuliers ont-ils le « droit » de fumer dans des endroits publics? Les usines et les fermes agricoles ont-elles le « droit » de polluer les bassins hydrographiques?

Notre monde vit en interdépendance. L'AMS a abordé des questions comme une stratégie globale d'immunisation dans le but d'éviter des millions de décès chaque année. Nous considérons-nous nous-mêmes comme habitants d'un seul et même Monde?

Elinor Wilson

Elinor Wilson
Chef de la direction

La décision de la Cour suprême et le régime d'assurance-maladie

La privatisation représente-t-elle la seule solution à la survie du système canadien de santé financé par les deniers publics? L'Association canadienne de santé publique est d'avis que « non ».

Il existe un autre moyen de subventionner notre régime public de soins de santé – et la meilleure façon est en tout premier lieu d'empêcher les gens d'être malades. Il s'agit là d'une responsabilité que nous partageons tous et qui peut contribuer à améliorer notre bien-être collectif. Aucun système de santé n'est viable sans investissements accrus dans la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la protection de la santé (de la santé publique). À moins de pouvoir ralentir l'apparition de maladies évitables, comme les maladies infectieuses, l'obésité, le diabète, le cancer et les maladies cardiaques, et de réduire les maladies associées à ces états de santé, la demande accrue de traitement venant de notre population vieillissante et nos attentes personnelles pour des soins immédiats en cas de maladie dépasseront toujours nos ressources en matière de traitement.

La question est de savoir comment organiser le système de santé de façon à ce que les investissements produisent les meilleurs résultats possibles pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, avec la plus grande efficacité. Il importe donc de consacrer une partie substantielle de cette somme de 42 milliards de dollars de nouveaux transferts fédéraux aux gouvernements provinciaux pour les soins de santé dans des efforts de santé publique et de prévention.

Sheilah Sommer
Présidente
Association canadienne de santé publique

Cette lettre a été envoyée au Globe and Mail le 11 juin 2005

Rapport de la Présidente suite de page 1...

et de quelques-uns de nos nouveaux partenaires. Au moins une fois l'an, les membres du CC et ceux du CA se réuniront pour discuter des orientations stratégiques de l'Association; ils auront aussi la tâche de proposer des candidatures pour les postes à pourvoir au CA.

Ce nouveau modèle préserve et renforce la possibilité pour les ADPT et nos autres partenaires de faire partie intégrante de l'Association. L'ACSP fonctionnera de manière à n'exclure personne, conformément à sa mission, qui est d'améliorer la santé individuelle et collective partout au Canada, tout en mettant l'accent sur les enjeux « pancanadiens » qui peuvent changer les choses dans tout le pays.

Une mise en œuvre en deux temps

À la réunion du 11 juin, le CA a créé un Groupe de travail sur la mise en œuvre[5], qui donnera l'impulsion nécessaire à la prochaine étape du projet. Ce groupe de travail dirigera un processus de mise en œuvre en deux temps :

- **La phase 1** (juin 2005-décembre 2005) commence dès maintenant; elle comprend l'élaboration d'un plan de transition détaillé, le remaniement du règlement et son approbation par le CA, l'élaboration d'un processus de mise en candidature détaillé, la communication de ces changements aux membres avant et pendant l'AGA, ainsi que l'établissement du nouveau CA d'ici le 1er janvier 2006.
- **La phase 2** (janvier 2006-juin 2006) servira à apporter les changements détaillés aux structures et aux processus; elle comprendra la mise en œuvre de la nouvelle structure des comités et la conception des processus de gouvernance – y compris l'évaluation.

Prochaines étapes

1. Établir le CA de 2006
   Un Comité de mise en candidature pour la transition (CMCT) a été créé pour mettre en œuvre le processus d'établissement du nouveau CA d'ici le 1er janvier 2006. La présidente et le président désigné ont été élus antérieurement. Nous demanderons à tous les membres de proposer des candidatures en fonction d'un profil de compétences stratégiques. L'appel de candidatures sera lancé au début de juillet pour pouvoir annoncer la liste électorale pendant l'AGA, soit le 20 septembre 2005.
2. Changer le règlement et les politiques
   Un nouveau règlement sera élaboré conformément au modèle approuvé. Comme le veut le règlement en vigueur, le nouveau règlement sera avalisé par le CA. Il sera communiqué aux membres lors de la prochaine AGA.
3. Mieux définir le conseil consultatif
   D'ici l'automne 2005, il faudra étoffer le mode de fonctionnement du conseil consultatif. La première réunion du CC devrait avoir lieu en septembre, lors de la conférence annuelle de l'ACSP.

Le Groupe de travail sur la mise en œuvre s'est déjà attelé à la tâche et a commencé à élaborer un plan de communication détaillé pour tenir les membres au courant et leur donner la possibilité de formuler des commentaires et de participer au processus.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter directement par courriel (sheilah.sommer@calgaryhealthregion.ca). ■

Notes

1. Les membres du GTCG sont Sheilah Sommer, présidente du CA et du GTCG, Ron de Burger, président désigné du CA, Susan McBroom, représentante des associations et divisions provinciales et territoriales (ADPT), Brian Brodie, représentant des membres, Peter Glynn, expert indépendant, Elinor Wilson, chef de direction, et Janet MacLachlan, chef de direction adjointe chargée du personnel auxiliaire.
2. Deux téléconférences entre les membres du CA avec documents écrits à l'appui, ainsi que deux sondages auprès des membres de l'ACSP accompagnés de rapports sommaires écrits.
3. Président(e), président(e) désigné(e), membre étudiant(e), 5 membres, 2 membres nommés par le conseil consultatif (1 représentant[e] des ADPT et 1 représentant[e] d'un organisme partenaire) et 2 membres de l'extérieur. La ou le chef de direction est normalement présent aux réunions du CA, mais n'en est pas membre.
4. Le CC sera composé de représentants de chacune des ADPT et de représentants de nos organismes partenaires qui en exprimeront le souhait. Le CC tiendra des réunions en personne lors de la conférence annuelle pour étudier les enjeux cernés par le CA et pour lui offrir des conseils stratégiques en matière de santé publique dans le cadre du processus de planification par enjeux. L'ACSP déterminera le contenu de séances et s'occupera de la logistique.
5. Pour continuer sur notre lancée, il a été décidé de préserver telle quelle la composition du GTCG, à l'exception de l'expert indépendant.

Travailler ensemble, ça rapporte!

Au cours des 12 derniers mois, l'ACSP a travaillé avec plusieurs partenaires provinciaux et territoriaux à la mise à l'essai de deux approches à une collaboration multisectorielle. Grâce à l'aide financière du secteur bénévole de l'Agence de santé publique du Canada, l'ACSP et la Fondation des maladies du cœur du Canada ont collaboré avec l'Association de santé publique du Manitoba, l'Association de santé publique de Terre-Neuve et du Labrador, les sections du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse de l'ACSP, la section des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut de l'ACSP et l'Association de santé publique du Yukon.

Le projet de collaboration multisectorielle est perçu comme faisant partie d'un processus continu en vue de favoriser la collaboration à l'intérieur et au-delà du secteur bénévole de la santé publique. Le projet visait à mettre à l'essai deux méthodes destinées à trouver le moyen le plus efficace de regrouper des « suspects peu probables » sur des questions de santé publique. Une de ces méthodes consistait en un outil de capacité politique alors que la deuxième était axée sur les enjeux de prévention des blessures accidentelles.

Les trois associations de santé publique de l'Atlantique ont collaboré avec l'Association de santé publique du Manitoba et fait porter leurs travaux sur l'outil de capacité politique d'abord élaboré par l'Association de santé publique de la Nouvelle-Écosse. Après de longues consultations, les associations de santé publique et leurs partenaires ont mis à l'essai et redéfini la façon d'envisager la santé publique. Plus de 270 participants se sont réunis en 30 groupes de travail pour offrir leurs réactions et commentaires sur le contenu et le format de l'outil, de même que sur les enjeux éventuels qui en découlent. Les consultations ont regroupé des autorités régionales et urbaines, des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux, des universitaires, des spécialistes en environnement, des médecins hygiénistes et des organismes partenaires du secteur bénévole.

Dans le Nord (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut), quelque 130 participants représentant 80 organisations ont été consultés à propos des facteurs relatifs à la collaboration multisectorielle sur la prévention des blessures accidentelles. Les principaux défis à la collaboration déterminés dans les territoires sont un manque de ressources ou de soutien à la prévention des blessures, les contraintes de temps du personnel, les restrictions au financement, un manque de coordination et de leadership et des communications insuffisantes entre les services. Le projet du Nord, mis de l'avant par les sections de l'ACSP des TNO/NU et l'Association de santé publique du Yukon, a entraîné la participation d'une variété d'intervenants, notamment d'organisations ayant un mandat direct dans la prévention des blessures et les programmes de sécurité, d'organismes intéressés à la sécurité, de défenseurs des droits et d'autres dispensateurs de services, y compris des représentants du gouvernement et des organismes bénévoles.

Facteurs clés du succès de la collaboration

Le rapport d'évaluation (préparé par Wanda Jamieson de JHG Consulting) a relevé les principaux facteurs suivants :

- avoir un leadership régional et la propriété des activités avec une aide nationale;
- avoir un comité consultatif doté de la capacité d'agir et capable de donner des avis et de répondre rapidement;
- puiser dans la force et l'engagement des bénévoles de l'association de santé publique et du personnel du projet, et leur aptitude à la souplesse et à trouver des moyens d'adapter la méthodologie du projet aux circonstances locales tout en restant axés sur des objectifs communs;
- être créatifs dans l'étude des questions d'horaires surchargés, des défis des ressources et de l'utilisation des possibilités existantes.

On peut trouver les rapports complets du projet de collaboration multisectorielle à l'adresse suivante : www.cpha.ca ■

Mon stage à l'ACSP

Un engagement envers les jeunes crée des souvenirs inoubliables

Jonathan Ryan Barry

Un souvenir débute par un moment inoubliable. Même si ce moment s'achève pour moi, le souvenir commence à peine à se concrétiser. L'Association canadienne de santé publique comprend la valeur inhérente des jeunes d'aujourd'hui et, par conséquent, choisit de participer activement à la formation des dirigeants de demain. J'ai grandement apprécié mon stage à l'ACSP et c'est avec humilité que je lui rends hommage pour le chaleureux accueil qui m'a été réservé.

Je suis étudiant de premier cycle en troisième année à l'Université Wake Forest de Winston-Salem, en Caroline du Nord, aux États-Unis. Le printemps dernier, j'ai fait la demande d'une bourse *Pro Humanitate* et ma candidature a été retenue. C'est un programme qui vient en aide aux étudiants qui vivent un stage sans rémunération auprès d'organisations non commerciales – comme l'ACSP – partout dans le monde. Avec une spécialisation en biologie et une autre en politique de la santé et en administration, désireux de fréquenter à la fois des écoles de sciences médicales et d'administration, ma proposition d'effectuer des recherches sur les systèmes américain et canadien de santé publique et de soins de santé a été acceptée.

En compagnie du Dr Elinor Wilson, j'ai entrepris un sondage pour évaluer les priorités des membres de l'ACSP pour ce qui est des objectifs de santé publique et leur expérience dans l'exercice préventif des professionnels des soins de santé. Une fois les résultats analysés, ils se révéleront utiles non seulement pour l'ACSP mais aussi pour ma recherche personnelle que je présenterai à Wake en septembre 2005.

Mon séjour à Ottawa s'achève mais le souvenir et les renseignements que j'en rapporte n'auront pas de fin. Le jour viendra où j'appliquerai cette connaissance que j'accumule mais d'ici là, je remercie tous ceux et celles que j'ai eu le plaisir de rencontrer. Je dois aussi remercier tous les membres de l'ACSP, et ils sont nombreux, qui ont répondu au sondage que j'ai récemment lancé (et si vous n'avez pas encore répondu, je vous rappelle amicalement de le faire).

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida

Passer à l'action pour lutter contre le VIH/sida

L'Association canadienne de santé publique a été un des premiers ONG du Canada à s'intéresser aux problèmes complexes entourant le VIH et le sida en 1983. Plus de vingt années plus tard, l'ACSP continue toujours à jouer un rôle important dans la collecte et la diffusion de renseignements sur le VIH/sida.

Ouvert en 1989, le Centre canadien d'information sur le VIH/sida, un programme de l'ACSP, a comme mandat d'offrir de l'information sur la prévention, les soins et le traitement du VIH aux organisations communautaires, aux professionnels de la santé et de l'enseignement, aux centres de ressources et à d'autres intervenants qui connaissent des besoins d'information sur la question au Canada. Avec l'aide financière de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), le Centre vient d'entreprendre un exercice complet de planification stratégique dans le but de définir son rôle précis dans l'initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada et compte tenu de la structure de gestion et selon les priorités stratégiques de l'ACSP.

Un comité consultatif d'experts, composé de membres de l'ACSP représentant divers volets de la lutte contre l'épidémie, sera chargé de cet exercice de planification stratégique, avec l'aide de spécialistes du monde de la diffusion de l'information et du partage des connaissances. M. Ron de Burger, ancien directeur du programme d'éducation et de sensibilisation sur le sida et président élu de l'ACSP, présidera les destinées de ce comité consultatif.

Dans le cadre de cet exercice, un groupe spécial de réflexion se réunira le mardi 20 septembre 2005, de midi à 13 h 30, à l'occasion de la conférence annuelle de l'ACSP à Ottawa. Vous y aurez la possibilité de faire part de votre vision quant à l'avenir du Centre d'information.

Si vous voulez obtenir plus de renseignements sur cette nouvelle initiative, n'hésitez pas à communiquer avec Ian Culbert, directeur du centre canadien d'information sur le VIH/sida au 613-725-3769 ou par courrier électronique à l'adresse suivante : iculbert@cpha.ca

Ne manquez pas les mises à jour dans les prochaines parutions de *Sélection Santé ACSP.* ■

Au moment où je quitte l'ACSP, je comprends que l'organisation travaille avec diligence à investir dans la jeune génération; un tel investissement est une excellente pratique parce que les jeunes ont le désir d'apprendre. Merci, ACSP, pour cette merveilleuse expérience que vous m'avez permis de vivre! ■

À venir

96e Conférence annuelle de l'ACSP

« Planifier l'avenir de la santé publique : les gens, les lieux et les politiques »

En collaboration avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé (ISPC-ICIS), l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP-IRSC) et l'Agence de santé publique du Canada et en association avec la 2e Conférence des utilisateurs des données statistiques de la santé Statistique Canada (2005)

18 au 21 septembre 2005 Ottawa (Ontario)

Pour renseignements : Service des conférences de l'ACSP

Tél. : (613) 725-3769, poste 126 www.cpha.ca

71e Conférence éducative de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique

« Evolving Borders of Public Health. Expand Your Borders… Expand Your Mind »

Organisée par le Service de santé publique de Toronto et par la Section de l'Ontario de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique

25 au 28 septembre 2005 Toronto (Ontario)

Pour renseignements :

Ron de Burger Tél. : (416) 392-1356

ou Suzanne Shaw Tél. : (416) 338-1706

Courriel : ciphi2005@toronto.ca

36e Congrès annuel de la Public Health Association of Australia

« Successes in Public Health »

25 au 28 septembre 2005 Perth (Australie-Occidentale)

Pour renseignements : PHAA

Courriel : conference@phaa.net.au www.phaa.net.au

3rd International Conference on Community Health Nursing Research

« New Challenges and Innovations in Community Health Nursing »

30 septembre au 2 octobre 2005 Tokyo (Japon)

Pour renseignements : www.ics-inc.co.jp/icchnr2005

Courriel : icchnr2005@ics-inc.co.jp ■

Offre d'emploi

La Fiducie au profit de la lutte contre le sida en Afrique australe (SAT) est à la recherche d'un nouveau directeur exécutif pour ses bureaux de Johannesburg, en République sud-africaine. Le Programme de formation sur le sida en Afrique australe a été élaboré en 1990 et est administré par l'ACSP. Il bénéficie de l'aide financière de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).

En 2003, résultat du Programme, la Fiducie au profit de la lutte contre le sida en Afrique australe voyait le jour. La SAT a été reconnue en 2005 comme entreprise à but non lucratif en Afrique du Sud où elle se trouve. Sa stratégie consiste à promouvoir, à faciliter et à appuyer les initiatives communautaires destinées à améliorer et à échelonner les réponses au VIH et au sida. La SAT compte près de 15 ans d'expérience dans l'attribution de subventions à des organisations communautaires et ONG et assure le fonctionnement d'un mécanisme de formation, de partage de leçons et de relations d'encadrement appelé Écoles sans frontières. La vision de la SAT est de devenir le principal dispensateur d'aide aux organisations communautaires et organismes non gouvernementaux en Afrique australe.

La date limite pour soumettre sa candidature a été reportée et le poste restera ouvert pendant une période indéfinie. Pour obtenir plus de renseignements, prière de consulter le site Internet de l'organisme www.satregional.org ■

Counseling sur l'usage et la cessation du tabagisme

Étude pilote sur le sondage mondial auprès des professionnels de la santé

On s'attend que le tabagisme cause le décès de 450 millions de personnes de par le monde au cours des 50 prochaines années.[1] Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle de la plus haute importance dans la réduction de la consommation du tabac; même un simple conseil de la part d'un professionnel de la santé peut entraîner une augmentation du taux de cessation.[2-4] Une des stratégies invoquées pour réduire le nombre de décès dus au tabagisme est d'encourager la participation des professionnels de la santé à faire du counseling en matière de prévention et de cessation du tabagisme. Toutefois, les professionnels de la santé qui fument eux-mêmes envoient un message contradictoire à leurs patients à qui ils conseillent de renoncer au tabac.

Des études sur l'usage du tabac et la formation à titre de conseillers en matière de cessation chez les étudiants des professions de la santé ont déjà été menées dans divers pays.[5-8] Il s'agit toutefois de la première étude au cours de laquelle des données ont été recueillies de par le monde en utilisant la même technique de sondage. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis et l'Association canadienne de santé publique (ACSP) ont mis au point le sondage mondial auprès des professionnels de la santé en vue de recueillir des données sur le counseling sur l'usage et la cessation du tabagisme chez les étudiants des professions de la santé de tous les pays membres de l'OMS. Le présent article offre un résumé des résultats de l'étude pilote du sondage mené en 16 étapes dans 10 pays chez les étudiants de troisième année de quatre disciplines de la santé (dentisterie, médecine, soins infirmiers et pharmacie) au début de 2005.

Le sondage s'inscrit dans le cadre du système mondial de surveillance du tabagisme. Il a eu recours à un questionnaire de base sur la démographie, la prévalence de l'usage de la cigarette et d'autres formes de tabagisme, les connaissances et les attitudes sur l'usage du tabac, l'exposition à la fumée secondaire, le désir d'arrêter de fumer et la formation donnée pour faire connaître aux patients les techniques de cessation. Le sondage a été mené auprès d'étudiants de troisième année de l'Albanie (dentisterie, médecine, soins infirmiers, pharmacie), Argentine (Buenos Aires) (médecine), Bangladesh (dentisterie), Croatie (médecine), Égypte (médecine), Fédération de Bosnie-Herzégovine (soins infirmiers), Inde (dentisterie), les Philippines (pharmacie), la République de Serbie (Belgrade) (dentisterie, médecine, pharmacie), et l'Ouganda (médecine et soins infirmiers).Il a respecté un même format anonyme et auto-administré pour la collecte des données. Le questionnaire a été traduit dans la langue du pays, selon les besoins.

Les résultats indiquent que l'usage de la cigarette (chez les étudiants qui disent fumer tous les jours ou occasionnellement) est supérieur de 20 % dans sept de ces dix pays. C'est en Albanie, en Argentine, au Bangladesh, en Croatie, dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine, aux Philippines, et dans la République de Serbie, avec des taux variant de 18,1 % (République de Serbie [Belgrade], étudiants en médecine) à 47,1 % (Albanie, étudiants en pharmacie), que le tabagisme est le plus présent chez les étudiants de troisième année des professions de la santé. Les taux les plus faibles ont été remarqués chez les étudiants ougandais en soins infirmiers (0,5 %) et en médecine (2,8 %), les étudiants égyptiens en médecine (7,9 %), et les étudiants indiens en dentisterie (9,6 %). Les étudiants de sexe masculin qui fument la cigarette sont plus nombreux que ceux de sexe féminin en Albanie, au Bangladesh, en Égypte, en Inde, aux Philippines, en République de Serbie (Belgrade) (étudiants en médecine seulement), et en Ouganda. Ce n'est que chez les étudiants serbes en soins dentaires que l'on compte plus de fumeuses que de fumeurs.

Une très forte proportion (entre 87 % et 98 %) des étudiants interrogés croient qu'ils ont un rôle à jouer pour inciter leurs patients à cesser de fumer. Toutefois, seule une minorité, variant de 5 % à 37 % de ces étudiants de troisième année, ont reçu une formation en ce sens. Plus de 90 % des étudiants de troisième année, à l'exception des étudiants en médecine de Croatie, estiment que les étudiants des professions de la santé devraient recevoir une formation pour prôner la cessation du tabagisme dans le cadre des cours réguliers.

Les résultats de l'enquête menée en 2005 laissent entendre que le milieu de la santé publique devrait cibler l'usage de la cigarette chez les étudiants des professions de la santé parce que ce comportement représente un risque pour leur propre santé et réduit leur capacité de donner des conseils efficaces contre le tabagisme à leurs patients. Les conclusions du rapport indiquent également que près du tiers des étudiants des professions de la santé dans les pays où le sondage a été mené ne recevaient pas de formation officielle pour inciter les patients à renoncer au tabagisme même si plus de 90 % de ces étudiants souhaitent que cette formation fasse partie de leurs cours. Toutes les écoles des professions de la santé, les organisations de santé publique et les responsables de l'enseignement devraient décourager l'usage du tabac chez les professionnels de la santé et collaborer à la préparation et à la mise en place de programmes de formation pour tous les professionnels de la santé en matière de techniques efficaces pour inciter les patients à cesser de fumer.

Le sondage offre aux pays un moyen de mesurer le taux de tabagisme chez les étudiants des professions de la santé, le désir de cesser de fumer chez ceux qui fument, l'étendue de la formation chez les étudiants pour inciter les patients à renoncer au tabagisme et la volonté des étudiants de recourir à une telle formation pour encourager leurs patients à réduire leur usage du tabac. Le sondage a connu un grand succès pour ce qui est de la participation des écoles et des étudiants, des procédures de travail sur le terrain, de collecte des données, de coût et de fiabilité des données. En raison de ce succès, le sondage sera étendu l'année prochaine pour inclure une quarantaine de pays de plus. Le but de l'OMS, des CDC et de l'ACSP est de recueillir, autant que possible, des données dans les quatre disciplines auprès des 192 pays membres de l'OMS vers la fin de l'année scolaire 2008. ■

L'article original a paru dans le rapport MMWR 2005;54:505-9, et a été adapté pour Sélection Santé ACSP et reproduit avec la permission des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. Pour obtenir plus de renseignements à propos du sondage et des efforts internationaux de lutte contre le tabagisme de l'ACSP, prière de communiquer avec James Chauvin à l'adresse suivante : jchauvin@cpha.ca

Références

1. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CD, Pearson C, Schwarz MR (Eds.), Critical Issues in Global Health. New York, NY: Jossey-Bass, 2001.
2. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, 2000.

Initiative internationale du Canada en faveur de l'immunisation

L'équipe féminine numéro un d'éradication de la polio

Melanie Galvin

J'ai eu la bonne fortune de passer trois mois au Botswana au service du projet Stop à la transmission de la polio (STOP) à l'automne 2004. Le Botswana venait alors de découvrir son premier cas de polio depuis 1991. Ce cas illustre bien à quel point seront exigeantes les dernières années consacrées à l'éradication de la polio puisque tous les pays sont toujours à risque même si aucun n'a le virus.

Le Botswana est un agréable pays pacifique dont l'économie repose principalement sur l'industrie du diamant. Il a récemment connu une hausse considérable du tourisme en raison de la popularité du best-seller *No. 1 Ladies Detective Series*, par Alexander McCaul Smith. Un gouvernement stable depuis longtemps a permis de mettre en place une infrastructure solide de santé et d'éducation. Le système de santé y est remarquable à plusieurs points de vue. On compte au pays 24 districts sanitaires comprenant chacun une équipe de santé publique. Presque tous les villages ont leurs cliniques, dirigées par des infirmières autorisées, dont plusieurs sont également des sages-femmes. Des fonds suffisants permettent aux cliniques d'avoir toute la gamme de médicaments, y compris des antibiotiques. À quelques exceptions près, toutes les cliniques possèdent des véhicules pour cueillir les approvisionnements, procéder à des visites et transporter au besoin les patients à l'hôpital.

Un programme intelligent conçu pour assurer la bonne santé des bébés exige que les mères amènent leurs enfants à la clinique locale une fois par mois pour y être pesés et recevoir des rations alimentaires pour les enfants. Ce système assure l'examen mensuel des dossiers médicaux des nourrissons; il en résulte donc que les taux d'immunisation atteignent généralement les 80 à 90 %, niveaux que de nombreux pays ont peine à atteindre.

Même l'excellence du système n'a pas permis une protection complète contre le virus de la polio. Le système de surveillance a détecté un cas et les tests de laboratoire ont révélé que le virus avait été importé du Nigeria après la flambée de 2004. Cette découverte a causé toute une surprise puisque la majeure partie des cas importés à la suite de la poussée nigérienne avaient été confinés à des pays voisins du Nigeria. On trouve de nombreux pays non touchés entre le Botswana et le Nigeria.

La polio se répand rapidement et facilement. Le virus peut être incubé pendant des mois dans de rares cas, longtemps après que l'on ait souvent noté une légère maladie (la paralysie se produit dans moins d'un cas sur cent). Une activité fébrile a suivi la découverte du cas au Botswana, et une reprise des activités d'immunisation a suivi peu après dans tout le pays. On n'a pas relevé d'autres cas.

La surveillance et la réaction à l'éclosion du cas représentent un hommage aux infirmières exceptionnelles qui dirigent les cliniques du Botswana. Elles constituent la première ligne de surveillance communautaire et prennent leur rôle très au sérieux. Des ateliers mensuels donnés dans les bureaux des équipes des districts sanitaires, bien fréquentés grâce à la disponibilité de voitures et aux routes bien entretenus, ont permis l'organisation rapide et efficace de cours de recyclage sur la polio après la découverte du cas dans le pays. Les infirmières sont généralement les premières à voir un patient; si elles soupçonnent un cas de polio, elles transportent le plus souvent l'enfant à l'hôpital local de soins primaires pour y être traité par un médecin ou appellent un spécialiste de la santé publique.

Notre équipe de STOP a été chargée de l'examen des activités routinières d'immunisation dans les districts où le dépistage était plus faible. Nous avons

L'équipe d'une clinique pose devant une clinique de village.

organisé des ateliers pour enseigner aux cliniques à surveiller leur propre programme de dépistage et à déterminer des zones de faiblesse possible. Les infirmières ont répondu avec enthousiasme et je considère comme un privilège le fait d'avoir visité les cliniques et d'avoir pu m'entretenir avec elles. Je ne peux pas affirmer que j'ai vu une femme détective au Botswana, mais je suis convaincue que j'y ai trouvé la meilleure équipe d'éradication de la polio.

Même dans ce pays agréable, avec son système enviable de soins de santé, la polio peut se manifester. Grâce à l'exceptionnel programme d'immunisation et d'un système de surveillance sans pareil, la polio n'a causé que peu de dommage alors qu'un pays disposant de moins de ressources aurait pu être facilement dévasté par de nombreux cas. Mais, tant que la polio ne sera pas éradiquée, aucun pays n'est complètement à l'abri de la maladie. ■

Références suite de page 6...

3. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2000.
4. Lancaster T, Stead L, Silagy C, et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: Findings from the Cochrane Library. BMJ 2000;321:355-58.
5. Gupta PC, Ray CS. Smokeless tobacco and health in India and South Asia. Respirology 2003;8:419-31.
6. Naskar NN, Bhattacharya SK. A study on drug abuse among the undergraduate medical students in Calcutta. J Indian Med Assoc 1999;97:20-21.
7. Mammas IN, Bertsias GK, Linardakis M, Tzanakis NE, Labadarios DN, Kafatos AG. Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. Eur J Public Health 2003;13:278-82.
8. Vakeflliu Y, Argjiri D, Poposhi I, Agron S, Melani AS. Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana, Albania. Prev Med 2002;34:370-73.

Sur un pont vers la Bosnie

Hannah Cowen, inf. aut.

Le Canada a récemment joué un rôle important dans la capacité de l'Europe du sud-est de réagir au VIH grâce à diverses missions d'aide technique financées par l'ACDI dans le cadre d'un projet régional de lutte contre le VIH/sida dans les Balkans mis en place par l'UNICEF, avec l'aide de ressources canadiennes mobilisées par l'Association canadienne de santé publique. J'ai eu l'occasion de participer à ce projet. Entre le 10 et le 21 mars 2005, j'ai en effet enseigné à 16 infirmières de la Bosnie-Herzégovine (BiH) les techniques de counseling volontaire et confidentiel et de dépistage du VIH.

Des collègues infirmières de la clinique de consultations externes sur le VIH de London, en Ontario, ont utilisé le pont comme symbole de leur travail – un pont relie en effet différents endroits, la circulation s'y fait dans les deux sens et il peut être construit là où les obstacles semblent infranchissables. Ottawa et Sarajevo sont des villes qui comptent plusieurs ponts. Le projet régional de lutte contre le VIH m'est apparu comme un pont – assurant un lien entre des peuples différents à plusieurs égards mais unis dans une même lutte contre les méfaits du VIH dans notre monde.

Mon voyage revêtait plusieurs volets – l'enseignement s'est fait sur une période de quatre jours : pendant deux jours, j'ai pu rencontrer des médecins, des infirmières et un patient placé dans le système de soins et de traitement du VIH et une fin de semaine au début et à la fin de mon séjour pour me donner le temps d'explorer un peu la ville et les environs de Sarajevo, en plus d'une visite de deux jours dans une autre ville, Mostar.

Un exercice utile consistait à demander aux participants de faire la liste de leurs préoccupations à propos du travail en matière de VIH, des buts de l'atelier et des ressources dont ils disposent pour les aider à faire leur travail. La conversation a été animée et leurs objectifs reflétaient heureusement ce que le plan d'enseignement renfermait! Ces soucis exprimés par les infirmières portaient sur la possibilité d'une infection en milieu de travail, le manque de mesures préventives après exposition au VIH en cas de risque accidentel, la discrimination sociale et familiale à laquelle sont exposés leurs clients, le manque de soins pour soi et la société perçu chez les personnes toxicomanes, l'accueil des personnes faisant partie de groupes à risque, la confidentialité, la prévention auprès des personnes les plus à risque et la communication des résultats de tests réactifs.

Elles ont perçu leurs forces comme étant le fait qu'elles ont décidé d'accepter leur travail, voulaient contribuer à limiter la propagation du VIH et prenaient soin des personnes infectées, qu'elles avaient une tolérance élevée de tous les types de personnes, qu'il s'agissait d'une responsabilité de leur profession et étaient fières d'être infirmières, qu'elles connaissaient les conditions pouvant aggraver la propagation du VIH dans leur pays et qu'elles voulaient garder le nombre de cas au plus bas niveau. Leurs espoirs de formation comprenaient un accroissement des connaissances et la pratique de techniques de prévention et de communication des résultats, principalement les résultats réactifs, les moyens de se protéger, la façon de gagner la confiance des clients et de prodiguer des conseils de qualité, de même que d'enseigner à leurs collègues et les encadrer.

Les évaluations ont indiqué que les infirmières étaient satisfaites de l'enseignement et de la pratique des capacités. Il s'agissait d'une quantité de renseignements à acquérir en même temps et elles auraient apprécié que les animateurs se livrent d'abord à un jeu de rôle pour donner des exemples avant de commencer l'enseignement. Elles souhaitaient en apprendre davantage à propos de ma propre pratique. Pour moi, l'interaction chaleureuse chez les participants et leur échange d'information de contacts en vue d'établir des réseaux de soutien est un des grands avantages de ces ateliers. J'ai partagé de l'information sur le travail de l'Association canadienne des infirmières en sidologie, où les infirmières s'entraident pour prodiguer des soins de haute qualité.

Tout au long du cours, j'ai gardé une liste de « questions émergentes ». À la fin de l'atelier, nous avons examiné les mesures qu'elles pouvaient prendre dans leurs propres vies personnelles et professionnelles, ainsi que des idées à inclure dans le rapport présenté à l'UNICEF et à l'ACSP. Nous avons établi plusieurs besoins comme les services aux toxicomanes, surtout chez les jeunes gens, des logements sûrs pour les adolescents marginaux sans famille, des soins de prophylaxie pour les dispensateurs de soins de santé et plus de services de counseling. Il s'agit là de questions que je pourrais associer à mon travail d'infirmière spécialiste en VIH/sida à la clinique OASIS d'Ottawa. Même si les infirmières n'ont pas soulevé le problème de la surcharge de travail, je l'ai perçu, principalement chez les infirmières des hôpitaux quand j'ai eu l'occasion de visiter une salle réservée aux maladies infectieuses où elles m'ont dit que le nombre de cas dont elles avaient généralement à s'occuper était de 30 patients, la plupart du temps pour une seule infirmière.

Les infirmières ont aussi pensé à des solutions, notamment les ressources sous-utilisées comme les infirmières formées sans emploi et le rôle qu'elles pourraient jouer, d'autres ateliers comme celui-ci et une formation plus poussée pour traiter des toxicomanies et de la réduction de leurs méfaits. Elles se sont dites intéressées à la formation et à des politiques sur la confidentialité et ce que font les organisations et cliniques canadiennes en matière d'assurance de la qualité entourant la confidentialité.

Un autre honneur qui m'a été réservé a été le moment d'une discussion sur la lutte contre le VIH avec le Dr Jelena Ravlija, de l'Institut fédéral de santé publique. J'ai eu la chance de faire part des solutions, des forces et des problèmes soulevés lors de l'atelier et de l'entendre me raconter que l'on s'occupe déjà d'un bon nombre de problèmes, y compris la charge de travail dans les hôpitaux et le rôle que les infirmières sans emploi pourraient jouer. Une des choses que j'ai apprises est la façon dont son bureau a pu modifier une relation non productive avec les médias sur la question du VIH/sida.

Ce fut pour moi une occasion unique d'enseigner et d'apprendre. Alors que le Canada poursuit son combat mondial contre le VIH, notre travail à l'étranger met en évidence ce que nous faisons chez nous. Je reviens riche de nombreux contacts en cas de problèmes ou simplement pour mon intérêt. Il m'a aussi été utile de m'entretenir avec des Canadiens qui ont vécu en Bosnie-Herzégovine ou ont visité ce pays. Une autre partie de ma préparation a été ma conversation avec deux personnes de BiH qui vivent maintenant à Ottawa et la recherche sur Internet compilée par mon époux. Les plus grandes sources d'aide ont été deux autres infirmières qui ont participé à des missions semblables, Lorette Madore, du Département de santé publique d'Ottawa et Daphne Spencer, du Centre de lutte contre la maladie de la Colombie-Britannique à Vancouver. Elles ont généreusement accepté de partager avec moi leurs présentations, leurs impressions, leurs conseils et leur encouragement.

Merci à l'ACSP de m'avoir donné cette chance de participer.

Agence canadienne de développement international | Canadian International Development Agency | Canada

« Partenaires autour du monde » réalisé avec l'appui financier du gouvernement du Canada agissant par l'entremise de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).